

نشكرك على تقديم طلبك بشأن الخدمات المتعلقة بالصحة. في بعض الحالات، يحتاج فريقنا إلى مزيد من المعلومات لتحديد خطة الاستدامة الخاصة بك والموارد المتاحة لديك. يُرجى ملء النموذج أدناه لتزويدنا بمزيدٍ من المعلومات بحيث نتمكن من تحديد أفضل السبل لدعمك.

معلومات العضو

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____	
رقم هوية العضو: _____ التاريخ: _____	
العنوان الحالي/محل الإقامة: _____	
عدد الشهور/السنوات التي قضيتها في محل الإقامة الحالي: _____	
استخدم الجدول الموضح أدناه لحساب عدد أفراد أسرتك	
أنت	
زوجك/زوجتك القانوني(ة)	
شريكتك المقيم معك (إذا كان لديك طفل دون سن 19 عامًا مع هذا الشخص)	
الأطفال (دون سن 19 عامًا) الذين يقيمون معك	
أي شخص آخر تُدرجه في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية الخاص بك، حتى لو لم يكن يعيش معك	
إذا كنت دون سن 19 عامًا، فأدرج أيًا من والديك، أو زوج/زوجة أحد الوالدين، وكذلك الإخوة أو الأخوات (أيضًا دون سن 19 عامًا) الذين يعيشون معك.	
أي سيدة حامل في أسرتك	
أي أطفال متوقعين من النساء الحوامل في أسرتك	
العدد الإجمالي لأفراد أسرتك:	

الوضع السكني الحالي

<input type="checkbox"/>	لدي منزلي الخاص
<input type="checkbox"/>	بلا مأوى
<input type="checkbox"/>	إيجار (لأسرة واحدة فقط تقيم في هذا العنوان)
<input type="checkbox"/>	إيجار مشترك (مع زملاء سكن أو مع أسرة أخرى) حصتك هي: _____

الدخل

المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 5	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 4	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 3	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 2	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 1	مصدر الدخل
					Aid to Families with Dependent Children (AFDC)، برنامج المساعدة للأسر التي لديها أطفال معالون) المعروف حالياً باسم Temporary Assistance for Needy Families (TANF)، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة)
					العمل بدوام جزئي/بدوام كامل
					مزايا المحاربين القدامى
					Supplemental Security Income (SSI) ، دخل الضمان التكميلي/ Social Security Disability Insurance (SSDI) ، الضمان الاجتماعي للتأمين ضد العجز)
					إعانة البطالة
					التأمين الحكومي ضد العجز
					دخل الرعاية البديلة (الحضانة المؤقتة)
					فرد الأسرة ذو الإعاقة
					نفقة الأطفال/النفقة الزوجية
					المعاش/التقاعد
					دخل تجاري
					الدخل من الفوائد أو توزيعات الأرباح
					مصدر دخل آخر
					الإجمالي:
<p>لا تُحتسب هذه البنود ضمن الدخل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دخل الأطفال دون سن 18 عاماً • دخل الميراث والتأمين • المساعدات المالية الطلابية • تعويضات النفقات الطبية • دخل المرافق المقيم • بدل الرد على النيران المعادية للقوات المسلحة • معونات Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) ، برنامج المساعدات الغذائية التكميلية) 					

المصروفات للأشهر الثلاثة القادمة

مصروفات الشهر الحالي

دولار	قسط السيارة		دولار	الإيجار/الرهن العقاري
دولار	تأمين السيارة		دولار	الغاز
دولار	البنزين		دولار	الكهرباء
دولار	اللوازم المنزلية		دولار	المياه
دولار	الغذاء		دولار	القمامة
دولار	رعاية الأطفال		دولار	الهاتف

مصروفات الشهر القادم

دولار	قسط السيارة		دولار	الإيجار/الرهن العقاري
دولار	تأمين السيارة		دولار	الغاز
دولار	البنزين		دولار	الكهرباء
دولار	اللوازم المنزلية		دولار	المياه
دولار	الغذاء		دولار	القمامة
دولار	رعاية الأطفال		دولار	الهاتف

مصروفات الشهر الثالث

دولار	قسط السيارة		دولار	الإيجار/الرهن العقاري
دولار	تأمين السيارة		دولار	الغاز
دولار	البنزين		دولار	الكهرباء
دولار	اللوازم المنزلية		دولار	المياه
دولار	الغذاء		دولار	القمامة
دولار	رعاية الأطفال		دولار	الهاتف

إجمالي الدخل الشهري _____ إجمالي المصروفات الشهرية: _____

هل أفدت بعدم وجود دخل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لديك حالة يمكننا الاتصال به للتحقق من دخلك؟

اسم الموظف المسؤول عن الحالة: _____

الوكالة: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

- أمتح CareOregon الإذن للاتصال بمدير حالتي للتحقق من دخلي.
- ليس لدي مدير حالة/موظف مسؤول عن حالتي يمكنه التحقق من دخلي. أقر بأن الدخل المذكور في ورقة العمل هذه صحيح وكامل على حد علمي.

التوقيع: _____

الإنفاق المالي الحالي

يُرجى إخبارنا المزيد عن وضعك المالي الحالي.
ما الذي تسبب في تأخرك عن سداد فواتيرك؟

خطة لزيادة الدخل وتقليل المصروفات

التاريخ المستهدف	الإجراء
	.1
	.2
	.3
	.4
	.5

تقديم النماذج

يمكنك ملء هذا النموذج بنفسك أو بمساعدة أحد الوالدين أو مقدم رعاية أو وصي/شخص داعم/صديق موضع ثقة، أو موظف في مؤسسة أو عيادة.

أرسل النماذج المكتملة عبر الفاكس إلى الرقم:

503-416-1376

عناية: HRS

يُرجى إرسال أي مستندات متعلقة بطلبك مسبقاً. إليك طريقتين للتقديم:

التقديم عبر بوابة الأعضاء

أسرع طريقة لتقديم المستندات الخاصة بك أو التحقق من حالة طلبك هي عبر بوابة الأعضاء الخاصة بنا. إنها منصة مرسله آمنة يمكنك الوصول إليها من خلال الموقع الإلكتروني الخاص بنا عبر جهاز كمبيوتر مكتبي. يمكنك تسجيل الدخول إذا كان لديك حساب، أو قم باتباع التعليمات الظاهرة على الشاشة لإنشاء حساب. يُرجى العلم: يجب أن يكون عمرك أكبر من 18 عامًا لإنشاء حساب.

للوصول إلى البوابة، تفضل بزيارة careoregon.org/memberportal

بعد تسجيل الدخول، قم بتحميل مستنداتك باتباع الخطوات التالية:

1. انتقل إلى مركز الرسائل وانقر على "رسالة جديدة"
2. انقر على "إضافة مستلمين" واختر "Health Related Services Requests"
3. أضف HRSN في خانة الموضوع وأرفق الملف (الملفات) بالرسالة باستخدام خاصية إرفاق ملف
4. أضف أي سياق آخر وانقر على "إرسال"

التقديم عبر البريد الإلكتروني

إذا لم تتمكن من الوصول إلى البوابة، فيمكنك إرسال مستنداتك إلينا عبر البريد الإلكتروني على العنوان

HRSNCX@careoregon.org

إذا كانت لديك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة بشأن ملء نموذج (نماذج) الطلب، فاتصل بخدمة عملاء CareOregon على الرقم 971-236-2998.

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. ويحق لك الحصول على مترجم فوري. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. هذه المساعدة مجانية. اتصل على الرقم 800-224-4840، أو جهاز الهاتف النصي 711، أو أخبر مقدم الخدمة المعني بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة ترحيل المكالمات.

OHP-251043700-AR-0114